MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DEPARTEMENT: Nord-Ouest
COMMUNE: Môle-Saint-Nicolas
INSTITUTION SANITAIRE: Faith Medical Clinic Sentrain
TYPE: CAL
PERIODE: T I 2017

#	Indicateurs	Résultats déclarés	Résultats vérifiés	Cible	Tarif (HTG)	Plafond (HTG)	Montant à payer	% atteint
1	Nouvelles consultations curatives institutionnelles	816.00	816.00		17.00	0.00	0.00	0.00
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	12.00	12.00		34.00	0.00	0.00	0.00
3	Références à l'échelon supérieur	1.00	0.00		169.00	0.00	0.00	0.00
4	Nombre d'enfants de 6-59 mois bénéficiaires de dépistage nutritionnel au niveau institutionnel	126.00	126.00		17.00	0.00	0.00	0.00
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	48.00	48.00		17.00	0.00	0.00	0.00
6	Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	89.00	127.00		17.00	0.00	0.00	0.00
7	Dépistage des cas TPM+ à microscopie positive	6.00	4.00		236.00	0.00	0.00	0.00
8	Enfants complètement vaccinés, <12 mois	17.00	25.00		270.00	0.00	0.00	0.00
9	Accouchements institutionnels	38.00	38.00		405.00	0.00	0.00	0.00
10	CPN1 à T1	26.00	161.00		101.00	0.00	0.00	0.00
11	CPN4 à T3	87.00	108.00		203.00	0.00	0.00	0.00
12	VAT2+	43.00	44.00		34.00	0.00	0.00	0.00
13	Femmes enceintes conseillées et dépistées pour VIH et syphilis	167.00	167.00		101.00	0.00	0.00	0.00
14	Femmes enceintes VIH+ prises en charge	2.00	2.00		101.00	0.00	0.00	0.00
15	Femmes enceintes VIH+ référées à un échelon supérieur pour la prise en charge	0.00	0.00		101.00	0.00	0.00	0.00
16	Visites domiciliaires postnatales réalisées 0-3 jours	14.00	3.00		68.00	0.00	0.00	0.00
17	Utilisation de méthodes modernes de PF	684.00	683.00		34.00	0.00	0.00	0.00
18	Nombre de cas de TB+ traités	0.00	1.00		101.00	0.00	0.00	0.00

19	Nombre de cas de TB+ perdus de vue retrouvés	1.00	0.00		101.00	0.00	0.00	0.00
20	Nombre d'enfants nés de mères séropositives mis sous prophylaxie par ARV dans les 72 heures	1.00	1.00		101.00	0.00	0.00	0.00
	Total subsides quantité						**0.00**	
	Score qualité						**95.74%**	
	Bonus qualité						**0.00**	
	Bonus isolement (0%)						**0.00**	
	MONTANT A PAYER (HTG)						**0.00**	

Facture pour le **T I 2017** pour la formation sanitaire **Faith Medical Clinic Sentrain** à un montant de **z?ro HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Nom :.....

Titre :.....

Signature :.....

Date :.....

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom :.....

Titre :.....

Signature :.....

Date :.....